**泸西县中医医院2024年眼科手术辅助非带量**

**耗材采购项目**

采购文件

项目编号：lxxzyyysb-2024-0004

采 购 人：泸西县中医医院

**第一章 泸西县中医医院2024年眼科手术辅助非带量耗材采购项目采购公告**

一、项目基本情况

项目编号：lxxzyyysb-2024-0004

项目名称：泸西县中医医院2024年眼科手术辅助非带量耗材采购项目

预算金额：50000.00元（按实结算）

采购需求：采购眼科手术辅助非带量耗材一批（具体详见第二章采购清单）。

合同履行期限：一年；

本项目不接受联合体投标。

二、投标人的资格要求：

1. 投标人须是中华人民共和国境内注册、具有独立法人资格的单位。
2. 具有三证合一的有效营业执照（营业执照的经营范围能够满足本次采购要求）。
3. 投标人若为代理商或经销商，须提供医疗器械经营许可/备案证。注：一旦中标，所投产品制造商医疗器械生产许可/备案证（制造商工商注册地在中华人民共和国境外的，不作此要求）及所投产品的医疗器械注册证及附件根据采购人要求随时提供备查。
4. 投标人若为制造商，须提供医疗器械生产许可/备案证（制造商工商注册地在中华人民共和国境外的，不作此要求）、所投产品的医疗器械注册证及附件。
5. 健全的财务会计制度：提供2022年度或2023年度会计报表（含资产负债表、现金流量表、利润表），新成立不足一年的企业需提供书面情况说明（加盖公章）。
6. 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录，提供2023年01月至今任意三个月的依法缴法纳税收和社保的完税凭证。新注册成立不足一年的企业，应当提供书面情况说明（加盖公章）。
7. 良好的商业信誉：投标人在“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）“信用信息”查询栏中查询的信用信息中未出现不良信用信息查询记录，提供本项目公告发布之日（含发布当日）以后的查询结果网页打印件或下载的信用报告打印件（加盖公章）。

三、提交响应文件截止时间及方式

2024年01月12日17:00前，将响应文件盖章扫码后发送至邮箱（lxxzyyy120@163.com）或邮寄泸西县中医医院采购办。

四、公告期限

自本公告发布之日起3个工作日。

五、其他补充事宜

本次采购公告在泸西县中医医院官网（<http://www.lxxzyyy.com/xinwenzhongxin/zbcg/>）上发布。

六、对本次采购提出询问，请按以下方式联系。

采购人信息

名称：泸西县中医医院

地址：泸西县中枢镇文秀路

联系方式：0873-6940686

1. 采购清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 品名 | 单位 | 最高限价单价（元） |
| 1 | 眼科专用手术薄膜 P-D | 片 | 10 |
| 2 | 非球面人工晶状体 L-313 oclentisbv | 盒 | 3515 |
| 3 | 手术包 包 | 包 | 40 |
| 4 | 人工晶状体 LS-313MF30 | 盒 | 11400 |
| 5 | 非吸收外科缝合线 10-0 USIOLINC | 束 | 100 |
| 6 | 非吸收性缝合线 带针 | 根 | 100 |
| 7 | 非吸收性外科缝线 | 根 | 260 |
| 8 | 眼科专用手术薄膜 | 片 | 10 |
| 9 | 囊袋张力环 | 盒 | 1300 |
| 10 | 台盼蓝滴眼液 | 支 | 210 |

注：本章各项技术参数、规格和性能要求如出现引用某一特定的专利技术、商标、名称、设计、原产地或供应者等情况，则仅起参考作用。投标人可选用实质上“相当于”或“优于”该参考技术规格要求的产品投标。

第三章 响应文件格式

**（项目名称）**

**响 应 文 件**

**投标人：** **（盖单位公章）**

**法定代表人或其委托代理人：** **（签字或盖章）**

**日 期：** **年** **月** **日**

（一）报价表

|  |  |
| --- | --- |
| 项 目 | 内 容 |
| 报 价 | 按采购清单的最高限价单价下浮\_\_\_% |
| 合同履行期限 | \_\_\_年 |

投标人： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系方式：

填表时间： 年 月 日

1. 法定代表人身份证明书

投标人名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （投标人名称） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证

投标人： （盖单位公章）

年 月 日

1. 授权委托书

本人 （姓名） 系 （投标人名称） 的法定代表人，现委托 （姓名） 为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、递交、撤回、修改 （项目名称） 响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

附：授权委托代理人身份证

投标人： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

年 月 日

（四）投标人基本情况（复印件加盖公章）

附：

1. 具有三证合一的有效营业执照（营业执照的经营范围能够满足本次采购要求）。
2. 投标人若为代理商或经销商，须提供医疗器械经营许可/备案证。注：一旦中标，所投产品制造商医疗器械生产许可/备案证（制造商工商注册地在中华人民共和国境外的，不作此要求）及所投产品的医疗器械注册证及附件根据采购人要求随时提供备查。
3. 投标人若为制造商，须提供医疗器械生产许可/备案证（制造商工商注册地在中华人民共和国境外的，不作此要求）、所投产品的医疗器械注册证及附件。
4. 健全的财务会计制度：提供2022年度或2023年度会计报表（含资产负债表、现金流量表、利润表），新成立不足一年的企业需提供书面情况说明（加盖公章）。
5. 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录，提供2023年01月至今任意三个月的依法缴法纳税收和社保的完税凭证。新注册成立不足一年的企业，应当提供书面情况说明（加盖公章）。
6. 良好的商业信誉：投标人在“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）“信用信息”查询栏中查询的信用信息中未出现不良信用信息查询记录，提供本项目公告发布之日（含发布当日）以后的查询结果网页打印件或下载的信用报告打印件（加盖公章）。

（五）质量承诺及保证措施（格式自拟，加盖公章）

（六）售后服务保障（格式自拟，加盖公章）

（七）其他材料（格式自拟，加盖公章）